

NZOZ KardioNeuroMED  
Przychodnia Specjalistyczna  
23-400 Biłgoraj, 3 Maja 87a

Biłgoraj, dnia.....r.

### OŚWIADCZENIE

**Niniejszym Oświadczam, że**

ja .....Nr PESEL .....  
(imię i nazwisko opiekuna lub pełnomocnika)  
legitymująca/y się dowodem osobistym (seria, numer) .....

**potwierdzam tożsamość mojego dziecka/podopiecznego\*:**

.....,  
(imię i nazwisko dziecka/ podopiecznego)  
legitymującego się Nr PESEL.....

.....  
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....  
(czytelny podpis opiekuna lub pełnomocnika)

\* niepotrzebne skreślić

---